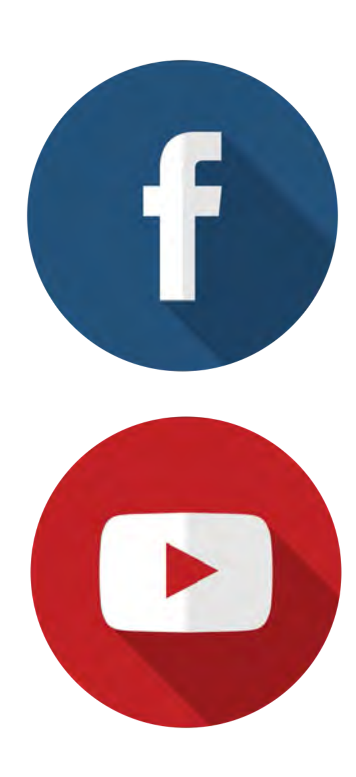

.Net
LA FACULTÉ
SEEK KNOWLEDGE







Hgie du T3 = urgence

DPPNI : décollem^t prématuré du placenta normalem^t inséré.
Format° rapide d'une collect° sg entre face maternelle du placenta et la paroi utérine → interrupt° rapide des échanges M-F
↓
SFA → mort foetale.

Pathogénie : 2 types d'HRP

HRP spontanné : ++++
- Pré-éclampsie +++ :
  - spasme vx
  - poussées hyper TA
  - rupture vx.
  - fragilité capillaire.

HRP traumatique :
- trauma abd accidentel ou iatrogène (manoeuvres obst)
  choc direct (mobilisat° du foetus tire le placenta par l'intermédiaire du cordon)
  ↓
  décollem^t placenta

Conséq de l'HRP : le sg et essentiellem^t d'origine maternelle

* mère :
- hypovolémie + état de choc, anémie.
- CIVD (consommat° des fact de coag°)
- Hgie incoercible
- cplct° rénales suite à l'hypovolémie
- Σ° Sheehan.
- apoplexie utéro-placentaire : utérus noir violacé par excavat° du sg ds myomètre et sous séreuse.
- récidive HRP ds g^sses ultérieures

* foetus :
- interrupt° des échanges :
  hypoxie → anoxie (mort foetale)
- Pc sombre : MIU
- si préma → séquelles neurologiques

FDR :
- HTA : surtt si HTA gravidique et sévère chez primigeste.
- âge > 35 ans.
- Tabac ; obésité, ATCDs HRP.
- carence en vit C, acide folique.
- diabète pré∃
- RPM
- trauma abd.

Dc (+) : ⚠ Rechercher signes pré-éclampsie : oedèmes + protéinurie
- début brutal par des DL abdomino-pelviennes en coup de poignard.
* métrorragies noirâtres minimes
* rapidem^t : AEG + état de choc : pâleur, sueurs, froideur des extrémités, π accéléré, TA élevé ou nle (vu le contexte de pré-éclampsie), syncope, nausées, vmst, oligo-anurie
* contracture utérine généralisée permanente = utérus en bois.
- hauteur utérine ↑ d'un examen à un autre
- TV : SI dur, tendu, col rigide comme cerclé par un fil de fer, mb tendues + métrorragies.
* BCF ∅ : soit MIU, soit BCF masqués par contracture utérine

⇒ écho : confirmer Dc + état fœtal + éliminer PP
↳ hématome anéchogène au niv de plaque basale du placenta

∴ TRT : 1 élmt essentiel : évacuat° de l'utérus de son contenu : gsse + HRP.

- Réanimat° médicale : abord veineux + remplissage + macrom° (PFC) + transfusion
  + rupture large des mb
- écho → état fœtal.
- évacuat° utérine
  → si fœtus vivant ⇒ CSR pour sauvetage materno-fœtal
  → " " mort ⇒ évacuat° par voie basse si état maternel le permet
  sinn CSR
  + examen anapath du placenta.

∗ Prévent° : - si ∃ FDR → surveillance régulière de gsse.
- bilan maternel à distance : après 3 mois (bilan de thrombophilie)
- Suivi de gsse ultérieures : Aspirine 100 mg + ⓟ° à GRH + déclencht 37 SA

2 types de décollemt :
→ marginal : au niv de marge du placenta → décollemt → hématome s'évacue via le col + vagin en décollant les mbranes
→ central : hématome ne peut pas s'évacuer, il est retenu entre placenta et paroi utérine
• ds ces 2 cas → rupture d'artériole déciduale basale
• parfois → rupture d'une veine
∅ conséq majeurs sur fœtus sauf si HRP imp → fragilise mb → RPM.

Scanned by CamScanner

Hgie de Benckiser :

→ Hgie foetale par rupture d'1 ou plz vx ombilicaux insérés sur les mb, survient lors de la rupture spontanée ou artificielle des mb.

→ saignemt indolore lors de la rupture des mb sans modificat° de l'état maternal mais avec souffrance foetale immédiate.

→ facteurs favorisant le vx praevia :

- Cotylédon aberrant
- PP
- insert° vélamenteuse du cordon

Hématome décidual marginal

→ rupture d'une veine au pôle inf d'un placenta normalemt inséré.

→ saignemt modéré, bénin (n'interrompe pas la circulat° utéro-placentaire)